

長崎県障害福祉サービス施設・事業所等に勤務する職員に対する
慰労金の支給事業にかかる慰労金交付要領

(趣旨)

第1条 長崎県の交付する、障害福祉サービス施設・事業所等に勤務する職員(以下、「職員」という。)に対する慰労金の支給事業にかかる慰労金(以下「慰労金」という。)については、「新型コロナウイルス感染症緊急包括支援事業(障害分)実施要綱」(令和2年6月25日付け障発0625第2号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長「国の実施要綱」という。)及び「令和2年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金(介護・福祉分)交付要綱」(令和2年6月30日付け厚生労働省発子0630第2号・厚生労働省発障0630第1号・厚生労働省発老0630第1号厚生労働事務次官通知。)に規定するもののほか、この要領の定めるところによる。

(目的)

第2条 職員は、感染すると重症化するリスクが高い利用者との接触を伴うこと、障害福祉サービス等を継続して提供することが必要な業務であること、及び障害福祉サービス施設・事業所等での集団感染の発生状況を踏まえ、相当程度心身に負担がかかる中、強い使命感を持って、業務に従事していることに対し、慰労金を給付する。

(慰労金の給付対象者及び金額)

第3条 慰労金は、国の実施要綱3(4)に基づき、別表のとおり障害福祉サービス施設・事業所等に勤務し、利用者と接する職員(以下、「給付対象者」という。)に対し給付する。

2 慰労金の金額は、別表のとおりとする。

3 前2項のほか、障害福祉サービス施設・事業所等に対し、職員に支給する際の振り込み手数料を給付する。

(慰労金の申請等)

第4条 慰労金の給付については、原則として、障害福祉サービス施設・事業所等を運営する社会福祉法人等が、給付対象者から、代理受領委任状(様式4)により委任を受けて代理申請・受領を行い、障害福祉サービス施設・事業所等から給付対象者に慰労金を給付するものとする。

また、申請にあたっては、あらかじめ指定する期日までに交付申請書(様式第1号)、事業所・施設別申請額一覧(様式1)、事業実施計画書(様式2)及び障害慰労金受給職員表(様式3)を、長崎県国民健康保険団体連合会を通じて、長崎県知事(以下「知事」という。)に提出するものとする。

ただし、長崎県国民健康保険団体連合会に対して障害福祉サービス報酬請求を行っていないなど、これにより難い障害福祉サービス施設・事業所等を運営する社会福祉法人等の場合には、交付申請書(様式第1号-2)、事業所・施設別申請額一覧(様式1)、事業実施計画書(様式2)及び障害慰労金受給職員表(様式3)を知事へ提出す

るものとする。

また、退職等により障害福祉サービス施設・事業所等に現に勤務していない給付対象者であっても、原則として、給付対象となる要件を満たした最後に所属していた障害福祉サービス施設・事業所等を通じて、申請するものとするが、やむを得ない場合には、知事への個別での申請ができるものとし、その申請にあたっては、あらかじめ指定する期日までに個人用申請書（様式第1号 - 3）を知事に提出するものとする。

（申請の受付開始日及び期限）

第5条 慰労金の申請受付開始日は、令和2年7月21日とし、令和3年2月末までに申請しなければならない。

（給付の決定）

第6条 知事は、障害福祉サービス施設・事業所等又は給付対象者から第4条の規定に基づく申請があった場合は、その内容を審査し、適当と認めたときは、速やかに慰労金の給付を決定するものとし、その決定の内容を申請者に通知するとともに、慰労金を給付する。

（慰労金の給付等に関する周知等）

第7条 知事は、職員に対する慰労金の支給事業の実施にあたり、給付対象者の要件、申請の方法、申請受付開始日等の事業の概要について、広報その他の方法による障害福祉サービス施設・事業所等及び給付対象者への周知を行う。

（申請が行われなかった場合等の取扱い）

第8条 知事が前条の規定による周知を行ったにもかかわらず、障害福祉サービス施設・事業所等又は給付対象者から第5条に定める申請の期限までに第4条の規定による申請が行われなかった場合は、給付対象者が慰労金の給付を受けることを辞退したものとみなす。

2 知事が第6条の規定による給付の決定を行った後、申請書の不備による振込不能等があり、長崎県が確認等に努めたにもかかわらず申請書の補正が行われず、給付対象者の責に帰すべき事由により給付ができなかったときは、当該申請が取り下げられたものとみなす。

（不当利得の返還）

第9条 知事は、慰労金の給付を受けた後に給付対象者の要件に該当しないことが明らかとなった者又は偽りその他不正の手段により慰労金の給付を受けた者に対して、期日を定めて、給付を行った慰労金の返還を求める。

2 慰労金の返還を求められた者は、速やかに県に返還しなければならない。この場合、期日までに納付しなかったときは、遅延利息を県に納付しなければならない。

（実績報告）

第10条 代理申請・受領を行った障害福祉サービス施設・事業所等は、給付が完了したとき

は、あらかじめ指定する期日までに実績報告書（様式第2号）、事業所・施設別実績額一覧（様式1）、事業実施報告書（様式2）及び障害慰労金受給職員表（様式3）に添付書類を添えて知事に提出するものとする。

（受給権の譲渡又は担保の禁止）

第11条 慰労金の給付を受ける権利は、譲り渡し、または担保に供してはならない。

（その他）

第12条 この要領の実施のために必要な事項は、知事が別に定める。

（附則）

この要領は、令和2年度の予算に係る交付金から適用する。

(別表)

【対象者及び金額】

利用者に新型コロナウイルス感染症が発生又は濃厚接触者である利用者に対応した障害福祉サービス施設・事業所等に勤務し、利用者と接する職員

- ・ (訪問系サービス) 実際に新型コロナウイルス感染症患者又は濃厚接触者にサービスを1度でも提供した職員に対して1人20万円を給付

(その他の障害福祉サービス施設・事業所等) 実際に新型コロナウイルス感染症患者又は濃厚接触者が発生した日()以降に当該事業所・施設で勤務した職員に対して1人20万円を給付

患者については症状が出た日、濃厚接触者については感染者と接触した日

- ・ それ以外の職員に対して1人5万円を給付

以外の障害福祉サービス施設・事業所等に勤務し、利用者と接する職員に対して1人5万円を給付

令和 年 月 日

殿

(法人名)
(役職・代表者名)

令和2年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（障害分）に係る交付申請書

標記について、次により交付金を交付されるよう関係書類を添えて申請する。

申請額： 千円

(内訳)

- | | |
|--|----|
| 1. 障害福祉慰労金事業 | 千円 |
| 2-1. 感染症対策を徹底した上での障害福祉サービス提供支援事業（多機能型簡易居室分を除く） | 千円 |
| 2-2. 感染症対策を徹底した上での障害福祉サービス提供支援事業（多機能型簡易居室分に限る） | 千円 |
| 3. 在宅サービス、計画相談支援及び障害児相談支援事業所による利用者への再開支援への助成事業 | 千円 |
| 4. 在宅サービス、計画相談支援及び障害児相談支援における環境整備への助成事業 | 千円 |

(添付書類)

- 1 事業所・施設別申請額一覧（様式1）
- 2 新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（障害分）に関する事業実施計画書（事業所単位）（様式2）
- 3 障害福祉慰労金受給職員表（法人単位）（様式3）

【申請内容に関する問い合わせ先】

部署名		
担当者氏名		
連絡先	電話番号	
	e-mail	

(様式1) 事業所・施設別申請額一覧

No.	事業所・施設名	事業所番号	サービス種別	電話番号	住所	代表となる 法人名	補助予定額(千円)						審査 結果	
							障害福祉慰労 金	20万円 対象者の 有無	感染対策費用 助成事業 (多機能型居室 を除く。)	感染対策費用 助成事業 (多機能型居室 に限る。)	個別再開支援 助成事業	再開環境整備 助成事業		合計
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														

(注) 行が不足する場合には適宜行を追加して差し支えないが、列の挿入は絶対に行わないこと。

！(本表の事業所数と個票の枚数が一致しません)

※この欄に「○」が表示されない場合、本表の事業所数と個票の枚数が一致していません。
個票のシート名に誤りがないか確認して下さい。

(様式2)

新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金(障害分)に関する事業実施計画書

施設概要							
事業所番号		事業所名称					
所在地	都道府県名	住所	連絡先	電話番号		担当部署名	
提供サービス(プルダウンから選択)			定員	人	職員数 (派遣含む)	人	
事業区分	<input type="checkbox"/> 障害福祉慰労金事業 → 1を記載			<input type="checkbox"/> 感染対策徹底支援事業 → 2-1,2-2を記載			
	<input type="checkbox"/> 個別再開支援助成事業 → 3を記載			<input type="checkbox"/> 再開環境整備助成事業 → 4を記載			

口座情報	
国保連合会に登録されている口座情報を本事業の振込に使用することに同意す	
国保連合会に登録されている口座は債権譲渡されていない	※債権譲渡されている場合、都道府県に申請して下さい。

支出予定額

1. 障害福祉慰労金事業 ※対象職員の氏名等について、様式3を作成すること。					申請額①	千円
慰労金の区分・人数	20万円対象	0人	5万円対象	0人	振込手数料	千円 (千円未満切捨)

2-1. 感染症対策を徹底した上での障害福祉サービス提供支援事業 (多機能型簡易居室の設置に要する費用を除く。)				補助上限額	申請額	今回申請分②	#N/A	千円
【感染拡大防止対策やサービスの提供体制の確保のための経費】				#N/A	千円	既申請分		千円
						年度合計額	#N/A	千円

科目	所要額(円)	用途・品目・数量等
賃金・報酬		
謝金		
会議費		
旅費		
需用費		
役務費		
委託料		
使用料及び賃借料		
備品購入費		
合計	0	

2-2. 感染症対策を徹底した上での障害福祉サービス提供支援事業 (多機能型簡易居室の設置に要する費用に限る。)				補助上限額	申請額	千円
				#N/A	千円	

科目	所要額(円)	用途・品目・数量等
工事請負費		
原材料費		
需用費		
役務費		
旅費		
委託料		
使用料及び賃借料		
備品購入費		
合計	0	

3. 在宅サービス、計画相談支援及び障害児相談支援事業所による利用者への再開支援への助成事業					申請額③	千円
利用者1人当たり単価(計画相談支援及び障害児相談支援以外共通)	2,000	円	対象利用者数		人	
計画相談支援	1,500	円	対象利用者数		人	
障害児相談支援	2,500	円	対象利用者数		人	

4. 在宅サービス、計画相談支援及び障害児相談支援における 環境整備への助成事業				補助上限額	申請額	今回申請分④	#N/A	千円
【在宅サービス事業所における環境整備のための経費】				#N/A	千円	既申請分		千円
						年度合計額	#N/A	千円

科目	所要額(円)	用途・品目・数量等
賃金・報酬		
謝金		
会議費		
旅費		
需用費		
役務費		
委託料		
使用料及び賃借料		
備品購入費		
合計	0	

(様式第1号-2)

令和 年 月 日

長崎県知事 殿

(法人名)
(役職・代表者名) 印

令和2年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（障害分）に係る交付申請書

標記について、次により交付金を交付されるよう関係書類を添えて申請する。

申請額： 千円

(内訳)

- | | |
|--|----|
| 1. 障害福祉慰労金事業 | 千円 |
| 2-1. 感染症対策を徹底した上での障害福祉サービス提供支援事業（多機能型簡易居室分を除く） | 千円 |
| 2-2. 感染症対策を徹底した上での障害福祉サービス提供支援事業（多機能型簡易居室分に限る） | 千円 |
| 3. 在宅サービス、計画相談支援及び障害児相談支援事業所による利用者への再開支援への助成事業 | 千円 |
| 4. 在宅サービス、計画相談支援及び障害児相談支援における環境整備への助成事業 | 千円 |

(添付書類)

- 事業所・施設別申請額一覧（様式1）
- 新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（障害分）に関する事業実施計画書（事業所単位）（様式2）
- 障害福祉慰労金受給職員表（法人単位）（様式3）

【申請内容に関する問い合わせ先】

部署名	
担当者氏名	
連絡先	電話番号
	e-mail

(様式1) 事業所・施設別申請額一覧

No.	事業所・施設名	事業所番号	サービス種別	電話番号	住所	代表となる 法人名	補助予定額(千円)						審査 結果	
							障害福祉慰労 金	20万円 対象者の 有無	感染対策費用 助成事業 (多機能型居室 を除く。)	感染対策費用 助成事業 (多機能型居室 に限る。)	個別再開支援 助成事業	再開環境整備 助成事業		合計
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														

(注) 行が不足する場合には適宜行を追加して差し支えないが、列の挿入は絶対に行わないこと。

(様式2)

新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金(障害分)に関する事業実施計画書											
施設概要											
事業所番号			事業所名称								
所在地		都道府県名	住所			連絡先	電話番号		担当部署名		
提供サービス(プルダウンから選択)						定員	人	職員数	(派遣含む)	人	
事業区分		<input type="checkbox"/> 障害福祉慰労金事業 → 1を記載			<input type="checkbox"/> 感染対策徹底支援事業 → 2-1,2-2を記載						
		<input type="checkbox"/> 個別再開支援助成事業 → 3を記載			<input type="checkbox"/> 再開環境整備助成事業 → 4を記載						
受取口座情報											
金融機関名 (ゆうちょ銀行を除く)		支店名		分類	口座番号 (右詰めでお書きください)		(フリガナ) 口座名義				
		支店コード		普通							
ゆうちょ銀行		通帳記号 (6桁目がある場合は、 ※欄に御記入ください)			口座番号 (右詰めでお書きください)		(フリガナ) 口座名義				
ゆうちょ銀行を選択された場合は、貯金通帳の見聞き左上またはキャッシュカードに記載された記号・番号をお書きください。		※									
支出予定額											
1. 障害福祉慰労金事業 ※対象職員の氏名等について、様式3を作成すること。						申請額①	千円				
慰労金の区分・人数	20万円対象	0人	5万円対象	0人	振込手数料	千円 (千円未満切捨)					
2-1. 感染対策を徹底した上での障害福祉サービス提供支援事業 (多機能型簡易居室の設置に要する費用を除く。)						補助上限額	申請額	今回申請分②	#N/A	千円	
【感染拡大防止対策やサービスの提供体制の確保のための経費】						#N/A	千円	既申請分	千円		
						年度合計額		#N/A	千円		
科目	所要額(円)		用途・品目・数量等								
賃金・報酬											
謝金											
会議費											
旅費											
需用費											
役務費											
委託料											
使用料及び賃借料											
備品購入費											
合計	0										
2-2. 感染症対策を徹底した上での障害福祉サービス提供支援事業 (多機能型簡易居室の設置に要する費用に限る。)						補助上限額	申請額				
						#N/A	千円				
科目	所要額(円)		用途・品目・数量等								
工事請負費											
原材料費											
需用費											
役務費											
旅費											
委託料											
使用料及び賃借料											
備品購入費											
合計	0										
3. 在宅サービス、計画相談支援及び障害児相談支援事業所による利用者への再開支援への助成事業						申請額③	千円				
利用者1人当たり単価(計画相談支援及び障害児相談支援以外共通)	2,000円		対象利用者数		人						
計画相談支援	1,500円		対象利用者数		人						
障害児相談支援	2,500円		対象利用者数		人						
4. 在宅サービス、計画相談支援及び障害児相談支援における環境整備への助成事業						補助上限額	申請額	今回申請分④	#N/A	千円	
【在宅サービス事業所における環境整備のための経費】						#N/A	千円	既申請分	千円		
						年度合計額		#N/A	千円		
科目	所要額(円)		用途・品目・数量等								
賃金・報酬											
謝金											
会議費											
旅費											
需用費											
役務費											
委託料											
使用料及び賃借料											
備品購入費											
合計	0										

新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金（障害分）個人用申請書

申請日	令和 年 月 日
-----	----------

〇〇県知事 殿



申請者の氏名等

(フリガナ) 氏 名	現 住 所	生年月日
	〒	(明治・大正・昭和・平成) 年 月 日
日中連絡可能な電話番号	()	(自宅・勤務先・携帯)

対象期間内に勤務していた障害福祉サービス施設・事業所等の名称等

勤務先の名称	住 所	サービス種類

勤務先における申請者の業務内容等 ※本欄は、原則として、障害福祉サービス施設・事業所等において記載

職種	勤務先における業務内容	起点から6月末までの勤務日数

(勤務先証明欄) 法人名 代表者名 印

次の事項に同意の上、慰労金を申請します。

- ①当該障害福祉サービス施設・事業所での勤務実態が条件を満たしていない場合は申請できません。
- ②医療・介護・障害の慰労金について、他の障害福祉サービス施設・事業所等及び医療機関等からの給付申請や都道府県への給付申請を行いません。
- ③都道府県が、下記に記載された受取口座に振込手続後、記載間違い等の事由により振込が完了せず、かつ、申請日から3か月後の末日までに、都道府県が、申請者に連絡・確認できない場合は、都道府県は当該申請が取り下げられたものと見なします。
- ④記載内容に虚偽があった場合又は複数機関から給付を受けた場合は、慰労金を不当利得として返還していただきます。

【受取口座記入欄】 ※長期間入金のない口座を記入しなす

金融機関名 (ゆうちょ銀行を除く)	支店名	分類	口座番号 (右詰で記載)				(フリガナ) 口座名義
			1 銀行 5 農協 2 金庫 6 漁協 3 信組 5 信漁連 4 信連	本・支店 本・支所 出張所	1 普通 2 当座		
	支店コード						

ゆうちょ銀行	通帳記号 (6行目がある場合は※に記載)	通帳番号 (右詰で記載)	(フリガナ) 口座名義
	ゆうちょ銀行を選択した場合は、貯金通帳の見開き左上またはキャッシュカードに記載された記号・番号を記載すること	※	

★裏面にも記載箇所があります

【様式第1号-3】

(申請書裏面)

本人確認書類 写し貼り付け

- ・運転免許証のコピー
- ・マイナンバーカードのコピー
- ・健康保険証のコピー
- 等

振込先金融機関口座確認書類 写し貼り付け

- ・通帳（口座番号が書かれた部分）又はキャッシュカードのコピー
- 等

チェックリスト

(以下の項目について必ず確認し、確認後はチェック欄(□)にレを入れること)

- ①記載漏れや記載誤りがないか、再度ご確認ください。
- ②記入した通帳番号と添付した通帳のコピーの番号が一致することをご確認ください。
- ③添付資料に漏れが無いかご確認ください。
- ④他の障害福祉サービス施設・事業所等及び医療機関等からは、慰労金の申請を行っていません。
- ⑤記載内容に虚偽があった場合や二重に申請が行われた場合は、慰労金の返還を

様式 4

新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金

代理受領委任状

令和 年 月 日

長崎県知事 様

委任者 住 所 〒

氏 名

電話番号

()

私は、下記の事項を確認・承諾し、(法人名・代表者名)を代理受領者と定め、新型コロナウイルス感染症緊急包括支援事業(障害分)実施要綱の規定により、慰労金の請求及び受領に関する権限を委任します。

記

1. 私は、医療・介護・障害の慰労金について、他の障害福祉サービス施設・事業所等及び医療機関等からの給付申請や都道府県への給付申請を行いません。
2. 当該慰労金について、複数回の受給を行った場合には、速やかに返還することを誓約します。

(注意事項)

- ・ この委任状は、慰労金を代理受領する職員ごとに作成して下さい。
- ・ 障害福祉サービス施設・事業所等は、この委任状を法人単位で取りまとめて、様式3(障害福祉慰労金受給職員表)を作成し、障害福祉サービス施設・事業所等が所在する都道府県知事に提出して下さい。
- ・ この委任状は、都道府県への提出は不要です。ただし、慰労金の代理受領を証するものとして、都道府県からの求めがあった場合に速やかに提出できるよう、法人本部又は障害福祉サービス施設・事業所等において、適切に保管しなければなりません。

令和 年 月 日

長崎県 知事殿

(法人住所)

(法人名)

(役職・代表者名)

印

新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（障害分）における
障害福祉慰労金事業実績報告書

標記について、別紙により給付実績を報告いたします。

記

2. 添付書類

- ・（様式1）事業所・施設別実績額一覧
- ・（様式2）新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（障害分）に関する事業実施報告書
- ・（様式3）障害福祉慰労金受給職員表（法人単位）
- ・慰労金を職員等に対して給付した際の証憑
- ・要した振込手数料にかかる証憑
- ・その他

以上

(様式1) 事業所・施設別実績額一覧

No.	事業所・施設名	事業所番号	サービス種別	電話番号	住所	法人名	支払済額(千円)		審査結果
							障害福祉慰労金	20万円対象者の有無	
1						(法人名)			
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
法人 計									

(様式2)

新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金(障害分)に関する事業実施報告書									
施設概要									
事業所番号		事業所名称							
所在地	都道府県名	住所			連絡先	電話番号		担当部署名	
提供サービス(プルダウンから選択)						定員	人	職員数 (派遣含む)	人
事業区分	<input type="checkbox"/> 障害福祉慰労金事業 → 1を記載								
※ 支出額									
1. 障害福祉慰労金事業 ※対象職員の氏名等について、様式3を作成すること。							支払済額	千円	
慰労金の区分・人数	20万円対象	0	人	5万円対象	0	人	振込手数料	千円 (千円未満切捨)	

